PROTOCOLO DE DISPENSAÇÃO DE INSUMOS PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS DOMICILIARES

Guarulhos

2022

Sumário

1 – Introdução 3

2 – Solicitação de insumos 3

3 – Fluxo para cadastro e liberação do insumo 3

4 – Prescrições de insumos 4

5 – Envio da solicitação de Insumos 5

6 - Entrega dos insumos 5

7 - Reavaliação dos pacientes 5

8 – Descadastramento 6

9 – Inventário de fraldas 6

10 - Insumos a serem dispensados e critérios, segundo procedimento 6

Anexo I 10

Anexo II 14

Anexo III 16

Anexo IV 17

Anexo V 18

Anexo VI 19

Anexo VII 20

Anexo VIII 23

1 – Introdução

Considerando que alguns usuários do município de Guarulhos atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) necessitam de assistência diferenciada, relacionadas a insumos para a realização de procedimentos domiciliares como: curativos, sondagem vesical, aspiração de secreções, dentre outros. Este protocolo visa orientar as Unidades Básicas de Saúde (UBS) a como proceder na solicitação dos insumos padronizados do município.

2 – Solicitação de insumos

Paciente:

- Ser morador do município de Guarulhos (comprovante de residência).
- Possuir documentos de identificação RG, CPF e Cartão SUS (CNS).
- Estar cadastrado em UBS de referência do município de Guarulhos.
- Possuir prescrição médica e/ou de enfermagem (de profissional do SUS), atualizada (dos insumos a serem dispensados) de no máximo 30 dias, com CID da patologia e diagnóstico.
- Possuir critérios contidos neste protocolo.

3 – Fluxo para cadastro e liberação do insumo.

UBS:

- Solicitar comprovante de residência do paciente/cuidador;
- Solicitar cópias do RG, CPF e CNS (paciente/cuidador);
- Solicitar prescrição médica e/ou enfermagem (de profissionais do SUS) atualizada (no máximo 30 dias), com CID da patologia e diagnóstico.
- Realizar atendimento domiciliar para cadastro e avaliação (Anexo I).
- Preencher todos os anexos e obrigatoriedade dos campos.
- Gerar número de protocolo utilizando o CNS do paciente. Exemplo: 722.548.621.747.915/ano, (Anexo IV).
- Encaminhar o processo para a Região de Saúde digitalizado (técnicas da Rede de Atenção às pessoas com doenças crônicas - RDC) (Anexo I e II), no caso de Incontinência (Anexo III), Anexo IV e V.

- Realizar controle dos insumos através de sistema. Exemplo Jsaude.
- Informar a entrega do insumo ao paciente/cuidador.
- Registrar a retirada do insumo no Anexo VIII, com assinatura e RG do indivíduo que retirou e arquivar em prontuário.
- Informar óbitos, transferências, alteração, exclusão e descadastramento de cota à Região de Saúde (técnicas da RDC) mediante anexo próprio digitalizado (Anexo II).
- Possuir instrumentos de controle para vigilância e monitoramento dos pacientes.
- Orientar quanto ao cronograma e rotina de entrega dos insumos.
- Desenvolver grupos de orientação no dia da entrega dos insumos.

Região de Saúde

- Avaliar o processo, referente ao preenchimento e pertinência do insumo;
- Avaliar os itens padronizados, assim como a quantidade a ser ofertada (padrão do item);
- Encaminhar a planilha de insumos para o responsável na Secretaria da Saúde – coordenador (RDC) email: rdcguarulhos@gmail.com, todo dia 20 do mês;
- Informar óbitos, transferências, alteração, exclusão na aba STATUS da planilha de insumos mensais:
- Possuir instrumentos de controle para vigilância e monitoramento dos pacientes.

DAIS – Coordenador da RDC

- Realizar a consolidação das informações e elaboração das cotas.
- Enviar para as Regiões de Saúde (técnicas da RDC) planilha de insumos, no dia 30 de cada mês, com as liberações, exclusões e alterações realizadas.
- Informar a UBS e Região de Saúde quando liberado o insumo, através de planilha atualizada mensal.

4 – Prescrições de insumos

As prescrições de insumos domiciliares somente serão aceitas de profissionais do SUS (médico/enfermeiro).

5 – Envio da solicitação de Insumos

A UBS deverá enviar os anexos digitalizados para a Região de Saúde (para a técnica na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas – RDC).

A Região de Saúde avaliará os anexos e inserirá nas planilhas de insumos domiciliares os insumos solicitados. Mensalmente (dia 20 de cada mês) os técnicos da RDC encaminharão via email (rdcguarulhos@gmail.com) para a coordenação da RDC da Secretaria da Saúde as planilhas de insumos, para a elaboração das cotas mensais.

O cadastramento das cotas será realizada pelo gtenfermagem do Departamento Administrativo da Saúde.

A coordenadora da RDC da Secretaria da Saúde encaminhará mensalmente (todo dia 30 do mês) as planilhas de insumos domiciliares liberados, para as Regiões de Saúde, técnicos da RDC, para subsidiar as entregas de insumos pelas UBS.

6 - Entrega dos insumos

A coordenação da RDC da Secretaria da Saúde informará mensalmente mediante planilha de controle às Regiões de Saúde os pacientes cadastrados e insumos liberados.

Após deferimento do processo de solicitação dos insumos, o mesmo será entregue mensalmente na UBS de referência do paciente, conforme cronograma de entrega do almoxarifado.

Sempre registrar em anexo próprio (Anexo VIII) a retirada do insumo por responsável/paciente e arquivar em prontuário os insumos dispensados e quantidades.

7 - Reavaliação dos pacientes

Semestralmente a UBS de referência do paciente deve encaminhar a Região de Saúde digitalizado o Anexo II preenchido pelo médico e/ou de enfermagem (profissional do SUS) para a renovação dos insumos, no caso das fraldas é imprescindível o preenchimento pelo médico do Anexo III, sem a renovação semestral o paciente será descadastrado**.**

Portanto, o período de fornecimento será de seis meses, após o início da entrega ao paciente, podendo ser renovado por iguais e sucessivos períodos, enquanto permanecer a necessidade do paciente, mediante

atualização da prescrição médica/enfermagem (profissional do SUS), um mês antes do final do período de fornecimento, estando sujeito ao cancelamento no fornecimento caso esse prazo não seja observado pelo solicitante.

8 - Descadastramento

Caso o paciente ou responsável/cuidador não retire durante o período de ***30 dias*** os insumos, o mesmo será descadastrado do programa. Informar mediante Anexo II o descadastramento do paciente via email para a Região de Saúde.

Caso o paciente seja descadastrado o mesmo deverá solicitar novamente e será aberto de novo processo.

9 – Inventário de fraldas

Periodicamente haverá a necessidade de realização do inventário das fraldas. Será encaminhado nota técnica com informações do procedimento periodicamente.

10 - Insumos a serem dispensados e critérios, segundo procedimento:

Aspiração de secreção

- **Com traqueostomia**
  - Cordão: 4 unidades/mês (observação: solicitar a Região de Saúde)
  - Soro fisiológico de 10ml - Código.827: solicitação de 120 unids/mês.
  - Sonda de aspiração – Códigos. 2941, 2948, 2942, 2943, 2944, 2945, 2946, 2947: solicitação de 30 unids/mês.
  - Luva de toque – código 4566: solicitação de 100 unids/mês
- **Sem traqueostomia:**
  - Soro fisiológico de 10ml - Código.827: solicitação de 120 unids/mês.

- Sonda de aspiração – Códigos. 2941, 2948, 2942, 2943, 2944, 2945, 2946, 2947: solicitação de 30 unids/mês.
- Luva de toque – código 4566: solicitação de 100 unids/mês

Gastrostomia:

- Não contempla fornecimento de insumos padronizados, somente de nutrição (vide Protocolo de Dieta Enteral).

Colostomia:

- Não contempla fornecimento de insumos padronizados.

Cateterismo Vesical de Demora

- Kit de sondagem vesical – Código. 3705: solicitação de no mínimo 1 kit/mês e no máximo 2 kits/mês.
- Coletor urina sistema fechado - Código.891: solicitação de no mínimo 1 unid/mês e no máximo 02/ unids/mês.
- Sonda Foley – Código: 2952, 2953, 2954, 2955, 2956, 2957 e 2958: 2 unids/mês

Cateterismo Vesical de Alívio (intermitente)

- Lidocaína Geleia 2% - Código. 2023: solicitação de no máximo 1 tubo/mês.
- Compressa de gaze hidrófila 7,5 x 7,5 – Código. 903: solicitação de no mínimo de 30 unids ou no máximo de 60 unids. Observação em caso de autocuidado não será fornecido.
- Sondas uretral - Códigos: 2972, 2973, 2974, 2975, 2976, 2977, 2978, 2979: solicitação de no máximo 120 unids/mês.

Dispositivo para incontinência urinária (intermitente)

- Dispositivo para incontinência urinária (Uripen) - Código 1184, 1185 e 1186: solicitação de no máximo 15 unids/mês.
- Frasco para armazenar diurese (1200ml) - Código. 4070: solicitação de no máximo 4 unids/mês.
- Fita hipoalérgica micropore 10mm x 10m - código 4261: solicitação de no máximo 02 unids. Ou fita hipoalérgica micropore 25mm x 10m - código 1655: solicitação de no máximo 02 unids.

Fraldas

- **Critérios de inclusão para a dispensação de fraldas:**
  - Idade superior a 2 anos 11 meses e 29 dias.
  - Possuir diagnóstico estabelecido de incontinência urinária e/ou anal permanente, disfunção neuromuscular da bexiga, cólon neurogênico (CID N31.0, N31.1, N39.4, K59.2), associados aos seguintes diagnósticos primários: CID F00, F01, F02.3, F72, G80, G82, G93.1, I61, I64, Q05.2, Q05.3, T90.5, T91.1.
  - Pacientes com incontinência urinária receberão no máximo 96 fraldas/mês (12 pacotes de 8 unidades de fraldas)
  - Pacientes com incontinência fecal receberão no máximo 32 fraldas/mês (4 pacotes de 8 unidades de fraldas).

- **Critérios de Exclusão para a dispensação de fraldas:**
  - Pacientes estomizados (urostomia, vesicostomia, colostomia, ileostomia);
  - Pacientes que não se enquadrem nos critérios clínicos estabelecidos neste protocolo;
  - Usuários que residem fora do município de Guarulhos.

Observação: Paciente em uso de cateterismo intermitente e demora (Uripen ou Sonda Vesical de Alivio e Sonda Vesical de Demora), receberão no máximo 32 fraldas/mês (4 pacotes de 8 unidades de fraldas).

Observação: As cotas de fraldas podem ser alteradas conforme mudança de fornecedor. As orientações de cotas serão estabelecidas e informadas mediante nota técnica.

Observação: Os pacotes de fraldas não devem ser abertos para o fracionamento do mesmo. Caso haja alteração do número de fraldas no pacote fornecido a unidade deverá realizar o controle do quanto foi entregue mensalmente ao cuidador/paciente e assim adequar as dispensações.

- Fralda Infantil - Código 1716 (tamanho EXG)
- Fralda Infantil - Código 3678 (tamanho EXXG)
- Fralda Infantil - Código 1713 (tamanho G)
- Fralda Infantil - Código 1714 (tamanho M)
- Fralda Infantil - Código 1715 (tamanho P)

- Fralda adulto - Código 3719 (tamanho EXG)
- Fralda adulto - Código 1711 (tamanho G)
- Fralda adulto - Código 1712 (tamanho M)
- Fralda adulto - Código 3720 (tamanho P)

Curativos

-
- Soro Fisiológico – Código 4905: Conforme avaliação médica e de enfermagem.
- Compressa de gaze hidrófila 7,5 x 7,5 – Código. 903: Máximo 90 unids.
- Compressa tipo Zobec- Código 906: Máximo 30 unids.
- Atadura de crepe – código 332, 329, 330. Máximo 36 unids/mês.
- Fita hipoalérgica micropore 25 mmx10m – código 1655. Máximo 4 unids/mês. Ou fita hipoalérgica micropore 25mm x 10m - código 1655: solicitação de no máximo 04 unids.
- Esparadrapo Impermeável 5 x 4,5 - código 4722. Máximo 1 unid/mês.
- Atadura de Rayon 7,5 x 7,5 - código 333. Mínimo 1 e máximo 2.

Observações:

- A Colagenase não será dispensada, somente de uso da unidade de saúde.
- Materiais com hidrocoloides, placas, alginatos não serão dispensados para curativo domiciliar, mesmo que prescritos.

Cistostomia

- Kit de sondagem vesical – Código. 3705: solicitação de no mínimo 1 kit/mês e no máximo 2 kits/mês.
- Coletor urina sistema fechado - Código.891: solicitação de no mínimo 1 unid/mês e no máximo 02/ unids/mês.
- Sonda Foley – 2952, 2953, 2954, 2955, 2956, 2957, 2958, 4715, 4716, 4717: 2 unids/ mês.

ANEXO I – CADASTRO DO USUÁRIO

UBS: _____REGIÃO DE SAÚDE: _____

DATA DE SOLICITAÇÃO:____/____/_____ PRONTUÁRIO: _____

PROTOCOLO: _____/_____

1 – IDENTIFICAÇÃO

NOME DO PACIENTE:_____ DN ____/____/_____

IDADE: _____ FONE:_____ CNS Nº_____

IDENTIDADE DE GÊNERO:_____

RG Nº_____ CPF Nº_____

NOME DA MÃE:_____

ENDEREÇO:_____Nº_____ COMPL._____

BAIRRO:_____MUNICÍPIO:_____UF:_____CEP:_____

NOME DO CUIDADOR/RESPONSÁVEL:_____

RG Nº_____ CPF Nº_____

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: _____ C.I.D. _____

DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: _____

2 – CONDIÇÕES DE MORADIA

OBSERVAÇÕES DO PROFISSIONAL QUANTO A QUESTÕES DE:

HIGIENE: ( ) ADEQUADA ( ) INADEQUADA
ESTRUTURA: ( ) ADEQUADA ( ) INADEQUADA

OBSERVAÇÕES: _____

_____

3 - BENEFÍCIO

PACIENTE POSSUI BENEFÍCIO ? ( ) NÃO

SIM ( ) QUAIS? BPC – LOAS ( ) ( ) APOSENTADORIA OUTROS: _____

4 - EXAME FÍSICO

PA: _____ mmHg **PULSO**:_____ bat / min **FC**: _____bat / min **TEMP:**_____ºC **FR**_____ mov/min

Peso _____kg / **Altura**_____ m

Crânio:

( ) sem anormalidades ( ) alterações_____ _____ ___

Olhos:

( ) visão normal ( ) alterações _____

Ouvido:

( ) audição normal ( ) alterações _____

Nariz:

( ) sem anormalidades ( ) alterações _____

Boca:

( ) sem anormalidades ( ) alterações _____

Pescoço:

( ) sem anormalidades ( ) traqueostomia ( ) outros_____

Tórax:

( ) sem alterações ( ) alterações _____

Mamas:

( ) sem alterações ( ) alterações _____

Ausculta pulmonar:

( ) normal ( ) murmúrios vesiculares diminuídos ( ) roncos ( ) estertores ( ) sibilos_____

Oxigenação:

( ) ar ambiente ( ) usa oxigênio ( ) faz parte do Programa de Oxigenoterapia

Abdômen:

( ) indolor ( ) plano ( ) globoso ( ) flácido a palpação ( ) presença de ruídos hidroaéreos ( ) colostomia ( ) dor
_____

Geniturinário:

( ) sem alteração anatômica ( ) alterações_____

Eliminação urinária:

( ) normal ( ) incontinência urinária ( ) nictúria ( ) outros _____

( ) SVD ( ) outros dispositivos _____ ( ) já faz uso de fraldas _____

Frequência:_____dia.

Eliminação intestinais:

( ) normal ( ) obstipação ( ) diarreia - Frequência:_____dia.

Estado nutricional:

( ) normal ( )obeso ( )desnutrido ( ) relato de perda ponderal

Nível de consciência:

( ) lúcido ( ) desorientado/confuso ( ) torporoso ( ) comatoso

Movimentação:

( ) deambula ( ) deambula com auxílio ( ) restrito ao lar ( ) acamado

Pele / tecidos:

( ) sem alterações ( ) anasarca ( ) cianose ( ) icterícia ( ) descorado ( ) reações alérgicas ( ) lesões cutâneas(escaras):_____

Membros superiores:

( ) sensibilidade e força motora preservada em todas extremidades ( ) pulsos periféricos palpáveis ( ) paresia ( ) plegia ( ) edema ( ) dispositivo venoso ( ) lesões

Membros inferiores:

( ) sensibilidade e força motora preservada em todas extremidades( ) pulsos periféricos palpáveis ( ) paresia ( ) plegia ( ) edema ( ) dispositivo venoso ( ) lesões

Se Lesões Cutâneas (escaras), preencher abaixo:

Tipo:

( ) Lesão Venosa, há quanto tempo _____ (meses/anos)

( ) Lesão Varicosa há quanto tempo _____ (meses/anos)

( ) Lesão por pressão há quanto tempo _____ (meses/anos)

( ) Pé diabético há quanto tempo _____ (meses/anos)

( ) Incisão cirúrgica, data do procedimento_____

( ) Erisepela há quanto tempo _____ (meses/anos)

( ) Amputações, data_____, MMII( ) e/ou MMSS( ), outros_____

( ) Enxerto, data_____, MMII( ) e/ou MMSS( ), outros_____

( ) Cirurgia ortopédica, se sim especifique _____(hastes/prótese)

Classificação:

( ) Hiperemia

( ) Ruptura de epiderme e derme : tamanho da lesão _____ cm (Diâmetro e profundidade),

Bolha ( ) Sim ( )Não

( ) Maior profundidade por perda total de tecido cutâneo: Necrose ( ) Sim ( ) Não, Odor ( ) Sim ( )Não

( ) Ferida em cavitação, profunda que atinge músculos, tendões e ossos, com necrose e odor característico.

( ) Exsudato: Quantidade ( ) Pouco ( ) Moderado ( ) Grande importância

Desenho da Lesão:

Observações do Profissional:

_____

_____

_____

Enfermeiro(a):_____

COREN:_____**DATA**___/____/_____

(Assinatura c/ carimbo)

Observação: O preenchimento de todos os campos são obrigatórios, em caso do não preenchimento implicará na não concessão do(s) insumo(s).

ANEXO II - SOLICITAÇÃO/ALTERAÇÃO/RENOVAÇÃO/TRANSFERÊNCIA/EXCLUSÃO DE COTA

UBS: _____**REGIÃO DE SAÚDE:** _____

( ) Solicitação ( ) Renovação de cota ( ) Alteração de cota ( ) Exclusão

( )Transferência De UBS: _____ Para UBS: _____

Nome:	**D.N. ___/___/____ Idade: _____**
Prontuário nº	**Data entrada: _____/____/____**
Contato:	
Cuidador/Responsável:	
No caso de <u>Renovação</u> ou <u>Transferência</u> informar o Endereço: **Rua: _____nº _____ Bairro: _____**	

OBSERVAR AS QUANTIDADES MÁXIMAS PADRONIZADAS.

Assinale com X o procedimento para dispensação do insumo	Procedimento	Insumo	Numeração/Tamanho	Código	Quantidade
	Aspiração de Secreção	Soro fisiológico de 10 ml	----------	**827**	120 unids/mês
		Sonda de aspiração	N° _____	**Cód:_____**	30 unids/mês
		Luva de toque	----------	**4566**	100 unids
	Cateterismo Vesical de demora	Kit de sondagem vesical	----------	**3705**	01 kit/mês ( ) 02 kits/mês ( )
		Coletor urina sistema fechado	----------	**891**	01 unid/mês ( ) 02 unids/mês ( )
		Sonda Foley	N° _____	**Cód:_____**	2 unids/mês
	Cateterismo Vesical de Alívio	Lidocaína	----------	**2023**	01 tubo/mês
		Compressa de gaze hidrófila	----------	**903**	30 unids/mês ( ) 60 unids/mês ( )
		Sonda uretral	N° _____	**Cód:_____**	120 unids/mês
	Dispositivo para incontinência urinária (intermitente)	Dispositivo para incontinência urinária	N° _____	**Cód:_____**	15 unids/mês
		Frasco para armazenar diurese	----------	**4070**	04 unids/mês
		Fita hipoalérgica micropore	Tam. _____	**4261**	02 unids/mês
	Fraldas	Fraldas	Tam. _____	**Cód:_____**	Cota padronizada
Observação: Assinalar cada item que será	Curativos	**( )** Soro fisiológico	----------	**4905**	_____/mês **Máximo 30 unids/mês**
		( ) Compressa de gaze hidrófila	----------	**903**	_____/mês **Máximo 90 unids/mês**
		( ) Atadura crepe	----------	**Cód: _____**	_____ /mês **Máximo 36 /mês**

utilizado para o curativo		**( )** Compressa tipo Zobec	----------	**906**	_____/mês **Máximo 30 unids/mês**
		( ) Fita hipoalérgica micropore	----------	**1655**	_____ /mês **Máximo 4 unids/mês**
		( ) Esparadrapo impermeável	----------	**4722**	1 unid/mês
		( ) Atadura de Rayon	----------	**333**	01 unid /mês ( ) 02 unids /mês ( )
		( ) Luva de toque	----------	**4566**	100 unids/mês
	Cistostomia	Kit de sondagem vesical	----------	**3705**	01 kit/mês ( ) 02 kits/mês ( )
		Coletor urina sistema fechado	----------	**891**	01 unid/mês ( ) 02 unids/mês ( )
		Sonda Foley	N° _____	**Cód:_____**	2 unids/mês

Justificativa do Enfermeiro (UBS)

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Enfº (assinatura e carimbo)_____COREN:_____

Parecer do grupo técnico (SECRETARIA DA SAÚDE)

_____

_____

_____

_____

_____

Enfº (assinatura e carimbo)_____COREN:_____

( ) Deferido ( ) Indeferido

ANEXO III -

SOLICITAÇÃO DE INSUMOS PARA INCONTINÊNCIA URINÁRIA / FECAL

Data: _____/_____/____

Unidade: _____ Região de Saúde: _____

Nome do paciente: _____Prontuário: _____

CNS: _____Data de nascimento: _____ idade: _____

Observação: Assinar os CIDs correspondentes nas 2 colunas

Tipos de Incontinência:

( ) N31.0 bexiga neuropática não inibida

( ) N31.1 Bexiga neuropática reflexa

( ) N39.4 outras incontinências urinárias

( ) K59.2 Colón neurogênico

Associados às:

( ) F00 Demência na Doença de Alzheimer

( ) F01 Demência vascular

( ) F02.3 Demência na Doença de Parkinson

( ) F72 Retardo mental grave

( ) G80 Paralisia cerebral

( ) G82 Paraplegia e tetraplegia

( ) G93.1 Lesão encefálica anóxica, não especificado como hemorrágica ou isquêmica

( ) I61 Hemorragia intracerebral

( ) I64 AVC – não especificado como hemorrágica ou isquemia

( ) Q05.2 Espinha bífida lombar com hidrocefalia

( ) Q05.3 Espinha bífida sacra com hidrocefalia

( ) T90.5 Sequela de traumatismo intracraniano

( ) T91.1 Sequela de fratura de coluna vertebral

Assinatura e Carimbo do médico solicitante: _____

CRM:

Observação: *Crianças menores até 2anos 11meses e 29 dias, não serão cadastradas para recebimento de insumos para incontinência urinária e fecal, tendo em vista que as incontinências são intrínsecas da idade.*

ANEXO IV - DECLARAÇÃO DE COMPROVAÇÃO DE ENDEREÇO

Eu, _____, RG _____, CPF_____, declaro para os devidos fins, que o paciente _____ reside no Endereço_____, nº _____, bairro _____, no município de Guarulhos.

Guarulhos, _____ de _____ de 20_____.

Nome e assinatura do paciente/responsável

_____

Assinatura da unidade

_____

ATENÇÃO. DECLARAÇÃO DE COMPROVAÇÃO DE ENDEREÇO DEVE SER PREENCHIDA E ASSINADA EM TODA RENOVAÇÃO.

ANEXO V - TERMO DE COMPROMISSO

Declaro estar ciente que para retirada do insumos domiciliares, o responsável/cuidador/paciente deve comparecer a unidade em que houve o cadastro dos insumos, munidos de documento de identificação (RG e CPF) mensalmente. Caso o mesmo não compareça em 30 dias para a retirada haverá descadastramento do paciente.

O fornecimento dos insumos se dará pelo período de 6 meses. Permanecendo a necessidade do paciente, deverá haver a renovação do processo com antecedência de 30 dias antes do fim do prazo. Caso não haja a renovação haverá o descadastramento do paciente.

O fornecimento será mensal e a entrega será efetuada na unidade de cadastro do paciente nos dias e datas estabelecidos pela unidade.

Os insumos fornecidos são de uso exclusivo do paciente e as cotas dispensadas são padronizadas pelo município.

Declaro estar ciente e de acordo com as normas para recebimento de insumos domiciliares.

NOME DO PACIENTE: _____

PACIENTE/CUIDADOR/RESPONSÁVEL: _____

DATA: _____/_____/_____

ASSINATURA DA UNIDADE: _____

ATENÇÃO. O TERMO DE COMPROMISSO DEVE SER PREENCHIDA E ASSINADA EM TODA <u>RENOVAÇÃO</u>.

ANEXO VI -

FILIPETA DE ENTREGA DO PROCESSO INICIAL NA UBS DE REFERÊNCIA PARA O PACIENTE/CUIDADOR

Protocolo:_____/_____ UBS: _____

Nome do paciente: _____ DN: ___/____/_____

Dia da entrega dos documentos: _____/_____/_____

Assinatura da unidade: _____Código Funcional: _____

Protocolo:_____/_____ UBS: _____

Nome do paciente: _____ DN: ___/____/_____

Dia da entrega dos documentos: _____/_____/_____

Assinatura da unidade: _____Código Funcional: _____

Protocolo:_____/_____ UBS: _____

Nome do paciente: _____ DN: ___/____/_____

Dia da entrega dos documentos: _____/_____/_____

Assinatura da unidade: _____Código Funcional: _____

Protocolo:_____/_____ UBS: _____

Nome do paciente: _____ DN: ___/____/_____

Dia da entrega dos documentos: _____/_____/_____

Assinatura da unidade: _____Código Funcional: _____

Protocolo:_____/_____ UBS: _____

Nome do paciente: _____ DN: ___/____/_____

Dia da entrega dos documentos: _____/_____/_____

Assinatura da unidade: _____Código Funcional: _____

Protocolo:_____/_____ UBS: _____

Nome do paciente: _____ DN: ___/____/_____

Dia da entrega dos documentos: _____/_____/_____

Assinatura da unidade: _____Código Funcional: _____

ANEXO VII - LISTA DE ITENS PADRONIZADOS PARA DISPENSAÇÃO DOMICILIAR

Código	Item	Unidade	Quantidade máxima padronizada/mês
329	Atadura crepe 10 cm	Unidade	36
330	Atadura crepe 15 cm	Unidade	36
332	Atadura crepe 06 cm	Unidade	36
333	Atadura de Rayon	Unidade	2
827	Soro fisiológico 10 ml	Unidade	120
891	Coletor de urina sistema fechado	Unidade	2
903	Compressa de gaze hidrófila 7,5 x 7,5 pcte c/ 10	Pacote	90
906	Compressa tipo Zobec	Unidade	30
1184	Dispositivo p/ incontinência urinária n°04	Unidade	15
1185	Dispositivo p/ incontinência urinária n°05	Unidade	15
1186	Dispositivo p/ incontinência urinária n°06	Unidade	15
1655	Fita hipoalérgica micropore 25mm x 10m	Unidade	4
1711	Fralda adulto Tam. G	Unidade	96
1712	Fralda adulto Tam. M	Unidade	96
1713	Fralda infantil Tam. G	Unidade	96
1714	Fralda infantil Tam. M	Unidade	96
1715	Fralda Infantil Tam. P	Unidade	96
1716	Fralda Infantil Tam. EXG	Unidade	96
2023	Lidocaína Geleia 2%	Unidade	2
2941	Sonda de asp. Traq. c/ válvula n°06	Unidade	30
2942	Sonda de asp. Traq. c/ válvula n°10	Unidade	30
2943	Sonda de asp. Traq. c/ válvula n°12	Unidade	30
2944	Sonda de asp. Traq. c/ válvula n°14	Unidade	30
2945	Sonda de asp. Traq. c/ válvula n°16	Unidade	30
2946	Sonda de asp. Traq. c/ válvula n°18	Unidade	30

2947	Sonda de asp. Traq. c/ válvula n°20	Unidade	30
2948	Sonda de asp. Traq. c/ válvula n°08	Unidade	30
2952	Sonda Foley 2 vias n° 06	Unidade	2
2953	Sonda Foley 2 vias n° 08	Unidade	2
2954	Sonda Foley 2 vias n° 10	Unidade	2
2955	Sonda Foley 2 vias n° 12	Unidade	2
2956	Sonda Foley 2 vias n° 14	Unidade	2
2957	Sonda Foley 2 vias n° 16	Unidade	2
2958	Sonda Foley 2 vias n° 18	Unidade	2
2972	Sonda Uretral n° 04	Unidade	120
2973	Sonda Uretral n° 06	Unidade	120
2974	Sonda Uretral n° 08	Unidade	120
2975	Sonda Uretral n° 10	Unidade	120
2976	Sonda Uretral n° 12	Unidade	120
2977	Sonda Uretral n° 14	Unidade	120
2978	Sonda Uretral n° 16	Unidade	120
2979	Sonda Uretral n° 18	Unidade	120
3678	Fralda infantil Tam. EXXG	Unidade	96
3705	Kit de sondagem vesical	Unidade	2
3719	Fralda adulto Tam. EXG	Unidade	96
3720	Fralda Adulto Tam. P	Unidade	96
4070	Frasco para armazenar diurese 1200 ml	Unidade	4
4261	Fita hipoalérgica micropore 10mm x 10m	Unidade	4
4566	Luva plástica para toque	Unidade	100
4715	Sonda Foley 2 vias n° 20	Unidade	2
4716	Sonda Foley 2 vias n° 22	Unidade	2

4717	Sonda Foley 2 vias n° 24	Unidade	2
4722	Esparadrapo impermeável 5x4,5	Unidade	1
4905	Soro fisiológico 100 ml	Unidade	30

ANEXO VIII – FICHA ANUAL DE DISPENSAÇÃO DE INSUMOS

SECRETARIA DA SAÚDE
FICHA DE DISPENSAÇÃO DE INSUMOS DOMICILIARES

Unidade:

Nome do paciente: **Prontuário:** **CNS:**

Responsável pela Retirada: **RG:**

Data da 1º liberação de insumos: ___/___/___ **Telefone de contato:**

Insumos a serem retirados:

( ) Soro fisiológico de 10 ml ___ unids/mês
( ) Sonda de aspiração nº ___, ____ unids/mês
( ) Kit de sondagem vesical ___unids/mês
( ) Coletor urina sistema fechado ___unids/mês
( ) Sonda Foley nº ____, ___unids/mês
( ) Lidocaína ___ unids/mês
( )Compressa de gaze hidrófila ___ unids/mês
( ) Atadura Rayon ___unids/mês
( ) Sonda uretral ___, ____ unids/mês
( ) Dispositivo de incontinência urinária___, ____ unids/mês
( ) Frasco para armazenar diurese___ unids/mês
( )Fita hipoalérgica micropore___ unids/mês
( ) Fraldas tamanho _____, ____ unids/mês
( ) Soro fisiológico___ unids/mês
( ) Atadura crepe___ unids/mês
( ) Compressa tipo Zobec ___ unids/mês
( ) Esparadrapo impermeável___ unids/mês

Data	Funcionário responsável pela dispensação	Responsável pela retirada	RG	Assinatura
___/____/___				
Observações:				
___/____/___				
Observações:				
___/____/___				
Observações:				
___/____/___				
Observações:				
___/____/___				
Observações:				
___/____/___				
Observações:				
___/____/___				
Observações:				
___/____/___				
Observações:				
___/____/___				

Elaborado por:

Coordenadora da Rede de Atenção às pessoas com Doenças Crônicas

Lígia Ortolani dos Santos

Rafaela Ferreira Alves de Castro

Grupo técnico responsável

Lígia Ortolani dos Santos - Nutricionista
Rejane F. de Lima Alves - Enfermeira
Diane Fernanda Bernal Cardoso - Fonoaudióloga
Katia Yumi Ishihara Arakaki - Enfermeira
Dione Aparecida de Carvalho Paixão - Enfermeira